Ueber zwei Fälle

von

Congenitalem Sarcom der Parotis und des Halses.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

der hohen medicinischen Facultät

der kgl. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

unter dem Präsidium des

Herrn Professor Dr. **O. Bollinger**

vorgelegt von

Alexander Ivanov Tsonev

aus Bolgrad in Russland.

MÜNCHEN 1887.

Druck von M. Ernst (vorm. G. Pollner.)

Ueber zwei Fälle

von

Congenitalem Sarcom der Parotis und des Halses.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

der hohen medicinischen Facultät

der kgl. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

unter dem Präsidium des

Herrn Professor Dr. **O. Bollinger**

vorgelegt von

Alexander Ivanov Tsonev

aus Bolgrad in Russland.

MÜNCHEN 1887.

Druck von M. Ernst (vorm. G. Pollner.)

Seiner lieben Mutter

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Mit der Vermehrung der Zahl der veröffentlichten Fälle von congenitalen Neoplasmen tritt auch die Thatsache zu Tage, dass nicht alle Organe des Körpers von ihnen gleich oft befallen werden. Während die weiblichen Geschlechtsorgane, die Nieren, die Haut u. s. w. relativ häufig der Sitz dieser Neubildungen sind, wird die Parotis z. B. sehr selten von denselben befallen. So sagt Beely im Gerhardt's Handbuch 1880. VI. 2. p. 145: »Relativ häufiger als die übrigen Theile des Gesichtes ist die Parotis der Sitz verschiedener Geschwulstformen; wirklich angeborene Tumoren derselben sind jedoch so selten, dass es mir nicht möglich gewesen ist, mit Ausnahme eines von Schuh beschriebenen Collonema, einen solchen Fall in der mir zu Gebote stehenden Literatur aufzufinden«. Und in der That war der Fall von Schuh lange Zeit hindurch ein Unicum seiner Art. Erst im Jahre 1882 konnte Weinlechner einen zweiten derartigen Fall mittheilen und seitdem ist meines Wissens kein solcher mehr bekannt geworden.

Dieser grossen Seltenheit wegen sei es mir erlaubt, hier die obengenannten zwei Fälle kurz zu erwähnen und dann einen dritten neuen Fall zu beschreiben.

I.

Der Fall von Schuh*) betraf ein 5 Monate altes Kind. Es wurde mit einer wallnussgrossen Geschwulst der Ohrspeicheldrüsen- und Unterkiefergegend geboren, welche in dieser kurzen Zeit die Grösse einer Mannsfaust erreichte. Bei der Operation gelang die Ausschälung des Tumors aus der glatten Bindegewebskapsel leicht und ohne erhebliche Blutung. Nach der Operation ist ein Schiefhalten des Mundes, in Folge von Läsion einiger Facialisaestchen, geblieben, für dessen baldiges Verschwinden Schuh die Hoffnung ausspricht. Die Geschwulst war glasartig und weich. Unter dem Microscop erwies sich das Gerüste als ein dicker Faserfilz, in dessen Lücken die gelatinöse Masse eingelagert war. Die Fasern waren theils wellenförmig verlaufende Bindegewebsfasern, theils starre, vollkommen geradlinig gestreckte, oder in grossen Bogen geschwungene und auf Essigsäure persistirende Fasern. Die Diagnose lautet Collonema (Myxofibrom Ref.) Es wird nichts darüber berichtet, was mit dem Kinde längere Zeit nach der Operation geschehen ist.

II.

Der zweite, von Weinlechner**) beschriebene Fall bezieht sich auf einen 1 Jahr alten Findling, bei dem eine seit der Geburt bis zur Pomeranzengrösse

---

*) „Pathologie und Therapie der Pseudoplasmen.“ Wien 1854. p. 252.

**) Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. 1882. VI I. p. 210.

gediehene Geschwulst der rechten Parotis- und Unterkiefergegend bestand, welche vom Tragus bis einen Querfinger über der Clavicula, vorne bis zur Linea nosolabialis und hinten bis zum M. cucullaris sich ausbreitete. Sie war undeutlich begrenzt und schwellbar und zeigte an der Hautoberfläche theils ectatische Gefässe, theils subcutane Narben, wie nach Gefässverödungen, wie sie gewöhnlich dem Angiom zukommen. Die Operation wurde mit der Anlegung einer provisorischen Ligatur an der Carotis communis unterhalb der Kreuzung derselben mit dem M. omohyoideus begonnen, sodann die grosslappige, im Durchschnitte leberbraune Geschwulst sammt der Parotis und eines Theiles des rechten Kopfnickers entfernt, wobei die grossen Gefässe des oberen Halsdreiecks und der Masseter frei zu Tage lagen. Die Blutung war meist venös und nur einige Gefässe wurden ligirt. Die Wunde, soweit sie nicht wieder vereinigt werden konnte, wurde, die blossliegenden Venen ausgenommen, mit Eisenchlorid bestrichen. Die rechte Gesichtshälfte war gelähmt, das Kind blass und erschöpft in Folge des Blutverlustes und der Narcose. Am folgenden Tage stellten sich hohes Fieber und Schlingbeschwerden ein. Am zweiten Tage Abends kam es plötzlich zu einer heftigen Blutung aus der an der Einmündungsstelle der Vena facialis post. zunderartig zerfallenen Vena jugularis communis. Die Blutung stand nach $1^1/_2$ Minuten von selbst, aber das Kind war $^1/_4$ Stunde später, 36 Stunden nach der Operation, eine Leiche. Kundrat erklärte die Neubildung für ein Sarcom.

Von Gefässausdehnung und Gefässneubildung, welche Weinlechner als sicher vorhanden annahm, konnte er nichts entdecken.

III.

Der dritte, neue Fall kam am 6. September 1886 im Dr. v. Hauner'schen Kinderspital zu München zur Behandlung. Der am 4. Juni 1886 geborene Dienstmannssohn Wiesinger Otto bekam der Anamnese nach vor etwa 14 Tagen am Halse rechterseits eine Geschwulst, die sich in den letzten 3 Tagen bedeutend vergrössert haben soll. Die Geschwulst fühlte sich weich an; sie zeigte stellenweise deutliche Fluctuation. Zweimalige Punction ergab keine Flüssigkeit; die Spritze steckte in einer festweichen Masse. Etwas Athembeschwerden waren vorhanden. Die Operation wurde am 10. September ausgeführt. Bei der Incesion der Haut und der Fascien zeigte sich die erstere blutreich, aber nicht adhaerent. Darunter, von einer prallen Kapsel umhüllt, welche in den oberen Partien zum Theil schon zerstört erscheint, war die Geschwulst von blasshoniggelber Farbe und gelatinöser festweicher Consistenz. Sie erstreckte sich nach vorne und oben nicht deutlich abgegrenzt von der Parotisgegend über den horizontalen Ast des Unterkiefers in die Mundhöhle, nach hinten bis zur Wirbelsäule und unterhalb des Kehlkopfes deutlich abgegrenzt und mit glatten Contouren. Trachea zur Seite geschoben. Da eine totale Extirpation unmöglich war, wurde die Geschwulst an der vorderen Seite geöffnet und wenigstens theil-

weise entfernt. Es wurde ein Compressivverband angelegt. Das Kind war sehr blass, 4 Tage später starb es.

Die Section*) ergab folgendes: Kleines, stark abgemagertes männliches Kind. Zähne noch nicht durchgebrochen. Auf der rechten Halsseite eine 1 cm. unterhalb des Ohres bis in die Supraclaviculargrube und nach links in die Medianlinie reichende bogenförmige Schnittwunde, durch das Zurückziehen des Lappens weit klaffend. Der Grund der Wunde zum Theil blassroth, theils schmutziggrau gefärbt. Am Rücken, an den Extremitäten und am Abdomen grüne Färbung. Scrotum enthält beide Hoden. Todtenstarre gelöst. Fettpolster ganz fehlend. Muskulatur blass. Leber reicht fast bis zur Nabelgegend. Magen daumenbreit unter dem Leberrand sichtbar. Darmschlingen gehörig, sehr blass. Beckenhöhle leer. Zwerchfell rechts in der Höhe der sechsten Rippe, ebenso links. Lungen von intensiv weisser Farbe, bedecken sich in der Medianlinie ca. 1 cm. breit. Pericard in Zehnpfennigstückgrösse sichtbar. Linke Lunge frei, Pleurahöhle leer. Rechts ebenso. Pericard leer. Rechter Vorhof und rechte Kammer mässig gefüllt. Linke Lunge entsprechend gross. Pleura glatt. Gewebe durchscheinend, am stumpfen Rande deutlich rosig gefärbt. Oberlappen gelblichweiss, lufthaltig. Unterlappen rosig, wenig blut- und saftreich, lufthaltig. In den Bronchien etwas Schleim. Schleimhaut blass

*) Sections-Journal des Patholog. Instituts in München, Nr. 440 16. Sept. 1886.

Pulmonaläste leer. Rechte Lunge äusserlich wie links. Oberlappen an der Spitze schmutzig hellroth, sonst wie links. Mittellappen trocken, blutarm. Unterlappen grauroth, etwas blut- und saftreicher. Luftgehalt der rechten Lunge gehörig. Linke Nebenniere zehnpfennigstückgross. Die Fettkapsel der linken Niere gering, Oberfläche glatt. Gerüst gehörig. Schnittfläche graugelb, blutarm. Consistenz derb. Pyramiden kaum erkenntlich an der peripheren Injection. Rechte Nebenniere und Niere wie links. Magen durch Gase stark aufgetrieben, sehr blass. Hintere Fläche gallig imbibirt. Im Magen Caseinmassen in ziemlicher Menge. Pankreas ebenfalls sehr blass. Im Dünndarm etwas Schleim. Im Coecum gelblicher, ziemlich dünner Koth. Mucosa des Coecum und des Colons blass, an den Follikeln leicht pigmentirt. Pigmentirungen in grösster Ausdehnung sichtbar. Mesenterialdrüsen wenig geschwellt. Leber entsprechend gross. Kapsel glatt, durchsichtig. Gewebe blassgelbroth, sehr blutarm. Zeichnung undeutlich. Consistenz derb. In der Gallenblase einige Tropfen grünlicher Galle. Am Herzen enthalten beide Hohlvenen wenig blutige Gerinnsel. Herz entsprechend gross. Epicard glatt, Gefässe leicht geschlängelt. Fett kaum vorhanden. Klappen schlussfähig. Im rechten Herzen Blutgerinnsel. Musculatur blass, derb. Pulmonalklappen zart. Tricuspidalis für den kleinen Finger durchgängig. Im Vorhof und Herzohr speckige Gerinnsel. Endocard, Segel gehörig. Höhe des rechten Ventrikels 3,5. P. 3,0. D. 0,3. Linker

Ventrikel gehörig. Endocard, Klappen wie links. Musculatur kräftig. Mitralis für einen Bleistift durchgängig. Im Vorhof etwas speckige Gerinnsel. Endocard, Segel gehörig. Foramen ovale geschlossen. H. 3,2, A. 2,6, D. 0,5. Milz über Handgrösse. Kapsel glatt, gespannt. Schnittfläche dunkelroth, Gerüst deutlich. Consistenz derb. Die Halswunde erstreckt sich hinter den Sterno-cleido-mastoideus in die Tiefe bis an die Wirbelsäule. Rückwärts davon geringe blutige Suffusion. Die tiefe Schichte der Wunde ziemlich trocken. In der Gegend der Carotis Geschwulstreste noch vorhanden, Carotis allseitig von weichen Geschwulstmassen umwachsen An der Mündungsstelle der Carotis grosse Massen von weicher Geschwulst. Umgebung der Trachea und des Oesophagus frei von Geschwulst. Auf der Wand der Mundhöhle ebenfalls Geschwulstreste.

Dass es sich hier wirklich um ein Parotistumor handelt, dafür spricht die fibröse Kapsel, welche die Geschwulst umhüllte. Von der Platysma myoides oder der Fascia superficialis colli kann diese Kapsel nicht herstammen, da sie bei der Operation von ihnen bedeckt war; ebensowenig von der Fascia profunda colli, gegen welche die Ausbreitung der Geschwulst auch in die Parotisgegend und die scharfe Begrenzung unterhalb des Larynx sprechen. Diese Kapsel kann auch die Fascia suprahyoidea der Gl. Submuxillaris nicht sein, denn in diesem Falle müssten die Verdrängungserscheinungen der schnell wachsenden Geschwulst sich zuerst im Boden der Mundhöhle bemerkbar machen,

was hier nicht der Fall war. Sie kann nur die Fascia parotideo-masseterica sein, welche nach Tillaux*) von der fibrösen Scheide des Sterno-cleido-mastoideus an seinem vorderen Rande mit zwei Blättern entspringt und die Parotis von innen und aussen bekleidet, wobei die Grenze zwischen dem vorderen Rande des Kopfnickers und der Parotis nur durch lockeres Bindegewebe ausgefüllt ist. Das äussere Blatt heftet sich straff am Masseter an. Ausserdem zieht vom Unterkieferwinkel zum vorderen Rande des Kopfnickers ein fibröses Bändchen brückenartig hinüber, welches die untere Wand der Kapsel verstärkt. Von dieser Kapsel ist die Parotis nicht vollständig umhüllt; sie fehlt oben, wo die Parotis an den äusseren knorpeligen Gehörgang stösst; ausserdem wird sie von der Carotis externa, Jugularis externa und Facialis durchbohrt. Erst nach partieller Zerstörung dieser Kapsel, wie die Krankengeschichte für deren oberen Partien constatirt, oder entlang den lockeren Scheiden der Gefässe, welche sie durchbohren, konnte die Neubildung in die benachbarten Regionen weiter fortschreiten. Die untere scharfe Contour könnte vielleicht auch noch als durch den Zug des brückenartigen Bändchens verursacht gedacht werden. Dass die Parotis fast ganz in Sarcommassen umgewandelt war, das zeigen die microscopischen Präparaten, welche ausschliesslich aus Zellenmassen bestehen und nur an einem derselben den Querschnitt eines Drüsenganges sehen lassen.

*) „Traité d'anatomie topographique avec applications à la Chirurgie". Paris 1875. I. p. 289.

Gleich nach der Extirpation wurde aus einem Stücke der vorderen Seite der Geschwulst von Herrn Privatdocenten Dr. Escherich ein microscopisches Zupfpräparat angefertigt, welches sich äusserst zellenarm und fast nur aus gelatinöser Masse bestehend zeigte.

An einem alkoholisirten Haematoxylinpräparat aus den oberen Partien des Tumors sieht man unter dem Microscop den kreisrunden Querschnitt eines Drüsenganges, dessen freies gezacktes Lumen von kernhaltigen cylindrischen Zellen begrenzt ist, welche wiederum an ihrer Peripherie von einer Art Membran und um diese herum mit lockerfaserigem Bindegewebe umhüllt sind. Auf der einen Seite des Ganges sieht man einen freien schmalen Spalt hinziehen, der einige blass aussehende runde und sprudelförmige Zellen enthält. An dieser Seite ist die Bindegewebshülle des Ganges unregelmässig begrenzt, indem von ihr aus feine Fäserchen in den Spalt hineinragen, stellenweise schöne lange Spindelzellen umschliessend. Auf der anderen Seite des Ganges geht das viel blasser aussehende kernhaltige Bindegewebe in die dunkelviolett gefärbte Hauptmasse des Präparats ohne scharfe Grenze über, wo seine Fasern sich bald verlieren. Die Hauptmasse des Tumors besteht nämlich auschliesslich aus dicht aneinander gedrängten, meistens kleinen, runden und unregelmässig zerstreuten, theilweise aber auch aus grösseren spindelförmigen und in Zügen angeordneten grosskernigen Zellen. Diese Zellen sieht man am besten an den freien Rändern des Präparats, wo sie häufig

isolirt vorkommen. Da sieht man den intensiv dunkel gefärbten grossen Kern von einem dünnen Saum heller tingirten Protoplasmas umgeben, welches an einem Pol der Zelle in einen spitzen dünnen Schweif ausgezogen erscheint. Stellenweise täuschen die untereinander verflochtenen Schweife mehrerer Zellen ein Fasergeflecht vor. Neben den spindelförmigen sieht man da auch runde, ovale oder mehr unregelmässige Zellen mit relativ grossen Kernen. Zwischensubstanz ist nur sparsam vorhanden. Bindegewebe sieht man um die Gefässlücken herum. Dasselbe zeigt ein ähnliches Verhältniss zur Hauptmasse, wie das periglanduläre Bindegewebe; nur ist es hier viel spärlicher vorhanden, so dass seine ringförmig angeordneten spindelförmigen Kerne unmittelbar an der Gefässwand zu stossen scheinen. Ausser den Gefässlücken sind in der Hauptmasse noch unregelmässig begrenzte, mit zackigen Rändern versehene Lücken zu sehen, welche blasse, stark granulirte und zum Theil schon körnig zerfallene Zellen enthalten. Diese Lücken unterscheiden sich von der Hauptmasse auch noch durch ihre Farbe, indem eine grosse Partie der nächsten Umgebung stark blass oder braungelb gefärbt erscheint. Dieser Befund wurde durch weitere drei Präparate bestätigt.

Der Tumor erweist sich also microscopisch als ein sehr zellenreiches kleinzelliges Rund- und Spindelzellensarcom, welches höchst wahrscheinlich von dem periglandulären und perivasculären Bindegewebe ausgegangen ist.

Diesen Tumor, entgegen der Elternanamnese, für

congenital zu erklären glaube ich berechtigt zu sein erstens dadurch, dass es trotz des regeren Organenwachsthums des kindlichen Alters überhaupt sehr unwahrscheinlich ist, dass eine Geschwulst in etlichen 14 Tagen eine so enorme Ausbreitung erlangen könnte, dass es sich also vielmehr um eine schon viel längere Zeit, sehr wahrscheinlich schon seit der Geburt bestehende Geschwulst handelt, die von den Eltern erst bemerkt wurde, als sie schon grössere Dimensionen angenommen hatte, und zweitens dadurch, dass ja auch andere Fälle von Neoplasmen, die bei viel älteren Kindern vorgekommen, für congenital erklärt worden sind. So z. B. beschreibt Ahlfeld*) ein Fibrosarcom der Scheide mit Metastasenbildung in den verschiedensten Organen bei einem $3^1/_4$ Jahre alten Mädchen als congenital und augenscheinlich mit Recht. Denn für die Aetiologie der Pseudoplasmen im frühen Kindesalter bleibt schliesslich nichts anderes übrig, als die von Cohnheim urgirte Embryonalanlage in ihrem

*) „Zur Casuistik der congenitalen Neoplasmen" im Arch. f. Gyn. 1880. XVI. a. p. 137. Zu den hier aufgezählten Fällen seien noch die folgenden hinzugefügt:

Maas („Zur Aetiologie der Geschwülste" in der Berl. klin. Wochenschrift Nr. 47) operirte bei einem 9 Monate alten Kinde ein angeborenes Sarcom der Achselhöhle mit glücklichem Erfolg. Von den während 1877—80 278 von ihm beobachteten Fällen kamen 26 bei Kindern vor.

Jacubasch („Maligner Unterleibstumor". Charité Annalen V. Jahrg. Berl.) Ein Sarcoma myxomatodes haemorrhagicum des Bauches eines 6 Jahre alten Knabens, bei dem vorher eine Castration in Folge von Quetschung gemacht wurde. Das Kind starb bald nachher.

O. Soltmann (Jahresb. f. Kinderkrankh. N. F. Bd. XVI.

richtigen Sinne anzunehmen. Eben diese congenitalen Neoplasmen bilden ja die sicherste Stütze der Embryonalanlagentheorie, welche kräftig genug erscheint, um sie manchen Widersprüchen gegenüber, wenigstens für eine Reihe von Neoplasmen aufrecht zu erhalten.

Der Verlauf der congenitalen Parotistumoren ist ein ungemein rascher. Durch den lebendigeren Stoffwechsel des kindlichen Organismus angeregt, wachsen die Tumoren überraschend schnell, nehmen grosse Dimensionen an und bringen die zarten Patienten durch ihren sich immer mehr steigernden Bedarf an Ernährungsmaterial zu sehr bedenklichen Graden von Anaemie und Abmagernng, welche allein oder in Verbindung mit anderen Complicationen den Tod herbeiführen können. Durch ihren Sitz und durch eine grössere Ausdehnung können sie zu verschiedenen Functionsstörungen Veranlassung geben, so zu Kau-, Schling- und Athembeschwerden.

p. 433). Primäres Schleimhautsarcom der vorderen Scheidenwand bei einem $2^1/_2$ Jahre alten Mädchen mit secundärem Blasensarcom. Das Kind starb bald an einer Pneumonie.

Old, death; autopsy. Boston med. and. surg. Journ. Nr. 10. Sarcom bei einem 4 Jahre alten Mädchen, das mit den Nieren zusammenhing. Das Kind ging zu Grunde.

Weinlechner (Gerhardt, Handb. VI. 1. p. 210). Diffuses Fibrosarcom der Schulterblattgegend seit der Geburt bei einem 7 Monate alten Säugling. 10 Tage nach der Operation ging das Kind zu Grunde.

H. Müller (Einige seltenere cong. Neubildungen an Kopf und Gesicht. Dissert. Jena 1885) beschreibt ein congenitales Fibrom der Stirne. M. berichtet ferner über 23 Fälle von congenitalen Tumoren aus der Literatur.

Die Prognose ist hier insofern günstiger als bei den übrigen congenitalen Neubildungen, dass bei den bis jetzt bekannten Fällen noch keine Metastasen in andere Organe beobachtet worden sind. Die Tumoren verbreiteten sich ausschliesslich per continuitatem. Im grossen Ganzen aber ist die Prognose hier viel schlechter für das Leben durch die besondere Localisation. Die Lage an und für sich, wegen der Nähe so wichtiger Organe, kann verschiedene Gefahren mit sich bringen, wie die Compression der Trachea und der Nerven, oder aber indem die durch die wuchernde Geschwulst infiltrirten und erweichten Gefässwände dem Blutdrucke entweder spontan oder erst nach einem chirurgischen Eingriffe, wie im Fall von Weinlechner, nachgeben und es auf diese Weise zu einer gefährlichen Blutung kommt. An der Blutung allein scheinen die Kinder nach der Operation zu Grunde zu gehen. Im Fall von Schuh fehlt jede Angabe über das weitere Verhalten des Kindes. In dem von Weinlechner geschilderten Falle ging das Kind zu Grunde an einer Nachblutung aus den zunderartig erweichten Gefässen. Der dritte oben näher geschilderte Fall endete tödtlich in Folge der heftigen Blutung während der Operation. Die Prognose ist also um so trauriger, da wir bis jetzt auch mit der Operation nichts gewonnen haben. Es bleiben nach dem Eingriffe noch als Nachkrankheiten Functionsstörungen im Gebiete des Facialis, Schlingbeschwerden, über deren Verlauf nichts bekannt ist.

Es ist sehr schwer, bei dem vorhandenen Mangel an Material etwas allgemein gültiges über die Diag-

nose der Art des congenitalen Parotistumors zu sagen. In der Regel begnügt man sich damit, überhaupt das Vorhandensein eines malignen Tumors in der Parotis nachgewiesen zu haben und die detaillirte Diagnose erst nach der Extirpation festzustellen. Einige, wenn auch nicht sichere Fingerzeige könnte uns das rasche Wachsthum abgeben, welches bekanntermassen den Myxomen und zellenreichen Sarcomen in höherem Grade eigen ist, als den übrigen Formen. Die weichere Consistenz dieser Tumoren, welche sich stellenweise bis zur Fluctuation steigern kann, könnte auch mit zur Unterscheidung dienen von anderen derberen Tumoren. Indess sind auch diese Merkmale nicht sicher genug, um uns vor Irrthümern zu schützen. So könnte z. B. ein periostaler Abscess des Unterkiefers sehr leicht Anlass zu Verwechslungen abgeben. Dann kann auch, wenn die Haut über dem Tumor reich an Gefässen ist, wie sie es im zweiten und dritten Fall war, eine Unterscheidung dieser Tumoren von Angiomen sehr schwer werden und Verwechslung mit ihnen, besonders wenn Verkleinerbarkeit der Geschwulst vorhanden, fast unvermeidlich erscheinen, wie das der Fall von Weinlechner zeigt. In solchen Fällen könnte uns die Statistik, insoweit sie es bei dem äusserst geringen Material thun kann, zur Diagnose mithelfen. Von den drei bis jetzt beobachteten Fällen waren zwei Sarcome und ein Myxom. Es sind dann noch Cardinalirrthümer möglich, indem Tumoren anderer benachbarten Regionen die Parotis in Mitleidenschaft ziehen und es später nicht mehr möglich wird

zu unterscheiden, wo eigentlich das krankhafte seinen Anfang genommen hat. Wie gesagt, wird gewöhnlich die definitive Diagnose erst nach erfolgter Extirpation gestellt, was theoretisch vielleicht unzulässig, practisch aber ganz gleichgültig ist, da die Therapie immer eine und dieselbe bleibt.

Die Therapie nun ist eine ausschliesslich operative. Sie wird ausgeführt nach den allgemeinen und speciellen Regeln des Operativverfahrens bei den malignen Tumoren überhaupt und den Parotisgeschwülsten insbesondere. Wenn man einen einigermassen befriedigenden Erfolg haben will, so muss die Operation möglichst frühzeitig, womöglich noch bevor die Geschwulst die Parotisgegend verlasen hat, vorgenommen werden, denn, wenn die letztere einmal den grossen Gefässstämmen und den Muskeln entlang alles um sich infiltrirend die obere Brustapertur einerseits und die Wirbelsäule andererseits erreicht hat, dann ist es überhaupt besser, wenn man von der Operation ganz und gar absieht und die Betreffenden bis zu ihrem traurigen Ende nur symptomatisch behandelt. Bei der Operation selbst muss man jede grössere Blutung zu vermeiden suchen, denn sie wird von den Kindern schlecht vertragen. Auf die Gefässe muss man daher Acht geben und, wo thunlich, den Zustand derselben genau prüfen. Es scheint besser zu sein, ein etwas verdächtig erscheinendes Gefäss, und wenn auch grösseren Calibers, gleich bei der Operation zu ligiren, als sich später verschiedenen gefährlichen Ueberraschungen auszusetzen. Was die Nerven betrifft, so scheinen

erfahrungsgemäss geringe Laesionen des Facialis nicht von dauernden Functionsstörungen begleitet zu sein. Das Fehlen von Metastasen bei so vorgeschrittenen Fällen spricht dafür, dass es später der frühzeitigen Operation sicher gelingen wird, dauernde Heilungen zu erzielen und so die ungünstigen Folgen des späteren Eingriffes zu beseitigen, welcher einen zweifelhaften und zwei tödtliche Fälle zu verzeichnen hat.

Als diese Arbeit so weit vorgeschritten war, schaffte mir Herr Professor Bollinger die Möglichkeit, über ein congenitales Sarcom der Haut aus der Privatpraxis des Herrn Geheimrath Ritter v. Nussbaum folgendes zu berichten:

Am 27. November 1886 operirte Herr Geheimrath v. Nussbaum an einem 3 Jahre alten gesunden Mädchen eine Geschwulst, die angeboren war und wie ein Sack links vom Kehlkopf herabhing. Sie sass auf der Platysma myoides und war stark blutend. Der Tumor war ungefähr halbhühnereigross, flach, sehr weich, mit glatter Oberfläche, bedeckt von dünner, graugelber, runzeliger Haut; nur mit dieser verwachsen. Auf dem Durchschnitt erscheint derselbe von opakgelblicher Farbe und zäher Consistenz. Grössere Gefässe auf der Schnittfläche nicht ersichtlich. Der Tumor ist, dem microscopischen Befunde nach, bedeckt von Epidermis und zwar vom Rete Malpighii. Er scheint den tieferen Schichten der Cutis anzugehören. Der Versuch, die Haut von ihm abzuziehen, gelingt nicht. Im Zupfpräparat finden sich zahlreiche freie kleine Fetttröpfchen in lebhafter Molecularbewegung;

dann Körnchenzellen, Zellen von unregelmässiger (oft Stern-) Form mit zahlreichen Fetttröpfchen; ferner spärliche weisse Blutkörperchen und Gebilde von länglicher Form, ähnlich den Kernen der Spindelzellen. Die anatomische Diagnose lautet: Stark fettig degenerirtes Sarcom.

Am Schlusse dieser Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, dem Herrn Privatdocenten und I. Assistenten im Dr. v. Hauner'schen Kinderspital Dr. Th. Escherich, der mir die Anregung zu dieser Arbeit gegeben hat, sowie Herrn Prof. Dr. Bollinger meinen öffentlichen Dank auszusprechen.